22

MECANISME DE LA RÉTENTION CHEZ LES PROSTATIQUES

Par M. Octave Pasteau

icien Chef de clinique des maladies des voies urinaires de la Faculté à l'hôpital Necker.

Extrait du Paris Chirurgical.

Février 1912.

A. Maloine, Éditeur. Paris.

Mécanisme de la rétention chez les prostatiques

Dans l'étude physiologique de la miction, il faut considérer deux forces opposées l'une à l'autre : d'une part, celle de la vessie qui pousse et d'autre part, celle de l'urètre qui retient. Il suit de là que la difficulté de la miction peut tenir, soit à la diminution de la « puissance » vésicale, soit à l'augmentation de la « résistance » urétrale ; c'est la perte de l'équilibre entre ces deux forces qui cause la dysurie et amène par suite la rétention. On a donc divisé très simplement les rétentions vésicales en deux classes : 1° les *rétentions sans obstacle mécanique* et 2° les *rétentions avec obstacle mécanique au cours de l'urine.*

A la vérité, la question est plus complexe. En effet, les deux causes, vésicale et urétrale, peuvent se rencontrer et s'associer chez le même sujet sans qu'on puisse bien savoir ce qui revient exactement à l'une ou à l'autre; je démontrerai plus loin que c'est justement ce qui arrive pour la rétention chez les prostatiques. Mais il y a plus : à la suite d'une augmentation de la résistance du canal, un nouvel équilibre peut s'établir par suite d'une augmentation correspondante de la contractilité de la vessie, si bien que la miction reste normale pendant un certain temps. C'est encore ce qu'il est facile de constater chez les prostatiques en particulier : ils viennent nous consulter alors que leur prostate est déjà fortement développée; le début de leur maladie a pu passer complètement inaperçu par suite d'une adaptation nouvelle de la vessie à la nouvelle fonction nécessitée par l'augmentation de la glande.

En fait, la rétention vésicale peut d'une façon générale s'établir d'emblée ou progressivement.

La rétention vésicale s'établit d'emblée par l'abolition brusque de la contractilité vésicale (par exemple en cas de lésions cérébro-médullaires) ou par obstruction totale de l'urètre (par exemple au moment de l'occlusion du canal par un calcul). La rétention due à la congestion ne se voit que s'il existe déjà des lésions plus ou moins marquées de l'urètre ou du col. Pour être complet, il me faudrait encore citer les rétentions réflexes à la suite d'opérations sur la zone génitale, mais la question est ici complexe et divers éléments doivent entrer en jeu.

La rétention vésicale s'établit progressivement, soit par diminution progressive de la contractilité vésicale, soit par obstruction de plus en plus marquée du canal, quand l'organisme n'a pas pu ou ne peut plus trouver un nouvel état d'équilibre entre la poussée de la vessie et la résistance de l'urètre. C'est précisément ce qui arrive au cours de l'évolution d'une hypertrophie de la prostate. La rétention peut s'établir progressivement et sans à-coup : d'abord incomplète et de peu d'importance, elle devient de plus en plus forte et finit par être absolue. Ou bien au contraire, on peut constater, avant la rétention définitive, l'apparition d'une série de rétentions complètes et passagères qui sont dues, comme je le dirai plus loin, à de véritables attaques de congestion prostatique.

Quoi qu'il en soit de cette évolution, *il faut, dans la pathogénie de la rétention chez les prostatiques, étudier trois facteurs :*

1° *Les causes mécaniques qui dépendent de l'hypertrophie elle-même et qui augmentent la résistance du canal ;*

2° *La congestion locale qu'on peut d'ailleurs rattacher aux causes précédentes ;*

3° *La diminution de la puissance de contractilité de la vessie.*

I. — Causes mécaniques dépendant de l'hypertrophie elle-même.

La prostate normale se compose de trois parties : les lobes latéraux et le lobe médian. Les *lobes latéraux* sont disposés symétriquement de chaque côté de l'urètre et réunis en avant et en arrière du canal

par une bande de tissu dans laquelle l'élément glandulaire fait défaut ou se trouve du moins singulièrement diminué. Le *lobe médian*, insignifiant à l'état normal, se développe au-dessus des canaux éjaculateurs, et se met en rapport direct avec la moitié postérieure du col vésical, au-dessus et en dedans des lobes latéraux.

J'ajouterai qu'on différencie actuellement, d'après Jorres et Albarran en particulier, certains groupes glandulaires immédiatement disposés sous la muqueuse du col et en général sous la muqueuse de l'urètre prostatique, et qu'on appelle du nom de *glandes para ou sous-urétrales.*

Chacun de ces groupes peut devenir le siège d'une production adénomateuse connue sous le nom générique d'hypertrophie de la prostate.

Laissant la question encore à l'étude de l'importance des groupes glandulaires para ou juxta-urétraux dans la pathogénie de l'hypertrophie prostatique, ce qui d'ailleurs n'ajouterait rien aux considérations qui vont suivre, je vais passer en revue successivement les déformations apportées à l'urètre par l'hypertrophie des lobes latéraux et par celle du lobe médian. Pour éclairer ma description je montrerai quelques pièces de prostatectomies sus-pubiennes tirées de la collection personnelle.



Fig. 1. — Hypertrophie des lobes latéraux sans hypertrophie du lobe médian. — Homme de 65 ans. Prostate de 147 gr. — Diamètre vertical : 80 m/m. — Diamètre transversal 70 m/m. — Rétention de 200 gr.

1° *Hypertrophie des lobes latéraux.* — L'augmentation de volume des lobes latéraux est, dit-on généralement, à peu près égale et proportionnelle pour

les deux lobes; je ne crois pas qu'on soit en droit de généraliser autant; car, à la vérité, il est au moins aussi fréquent de voir les lobes latéraux inégalement développés. C'est ainsi par exemple que la figure 2 montre deux *lobes latéraux de volume sensiblement égal*, tandis que les figures 1, 3, 10 montrent au contraire un *développement nettement inégal des deux lobes.*

Les lobes latéraux peuvent se développer dans trois directions : en hauteur, en largeur, ou dans le sens antéro-postérieur.

L'*augmentation des lobes en hauteur* (fig. 2, 6, 8) produit nécessairement un *allongement de l'urètre* au-dessus du sphincter membraneux. On sait à quelle profondeur il faut souvent enfoncer la sonde chez les prostatiques pour atteindre la cavité vésicale. Inversement, on reste étonné, après la prostatectomie sus-pubienne, de constater combien il faut introduire peu de longueur de sonde dans le canal pour arriver jusque dans « l'antichambre vésicale » qu'on a ainsi créée par ablation des lobes latéraux. Il n'est pas rare de voir diminuer ainsi de 7 à 8 centimètres la longueur de l'urètre.



Fig. 2. — Hypertrophie des lobes latéraux sans hypertrophie du lobe médian (vue de profil). — Homme de 52 ans. — Prostate de 73 gr. — Diamètre vertical : 52 m/m. — Diamètre transversal : 57 m/m — Rétention complète datant de 2 ans.

L'*augmentation des lobes en largeur* peut déformer la glande de différentes façons : ou bien les deux lobes bien détachés, restent plus ou moins arrondis, si bien qu'avec une hypertrophie légère du lobe médian, on arrive à une prostate en forme de *trèfle* (fig. 4) ; ou bien les lobes restent bien soudés l'un à l'autre, et la prostate prend la forme d'une *balle* (fig. 1) légèrement déprimée en avant ou en arrière et en bas ; ou bien la prostate prend la forme d'une *poire à base large* et comme aplatie plus ou moins de haut en bas (fig. 3).

Quoi qu'il en soit de toutes ces déformations, il en résulte pour l'urètre de graves conséquences. D'une part, *le canal est aplati latérale*

ment, et d'autre part, ses parois se trouvent doublées par des masses élastiques mais tendues et incapables de s'écarter sous la poussée de l'urine au moment de la miction, car ces masses latérales, déjà comprimées dans la capsule prostatique trop étroite pour elles, s'appliquent, par leur face opposée à l'urètre, contre la paroi inextensible du bassin. Cette *diminution de la dilatabilité de l'urètre prostatique dans le sens transversal* a pour moi une importance capitale et n'a pas jusqu'ici été bien mise en relief. Je suis heureux de me trouver sur ce point en complet accord avec mon ami Noguès qui a justement émis la même opinion.

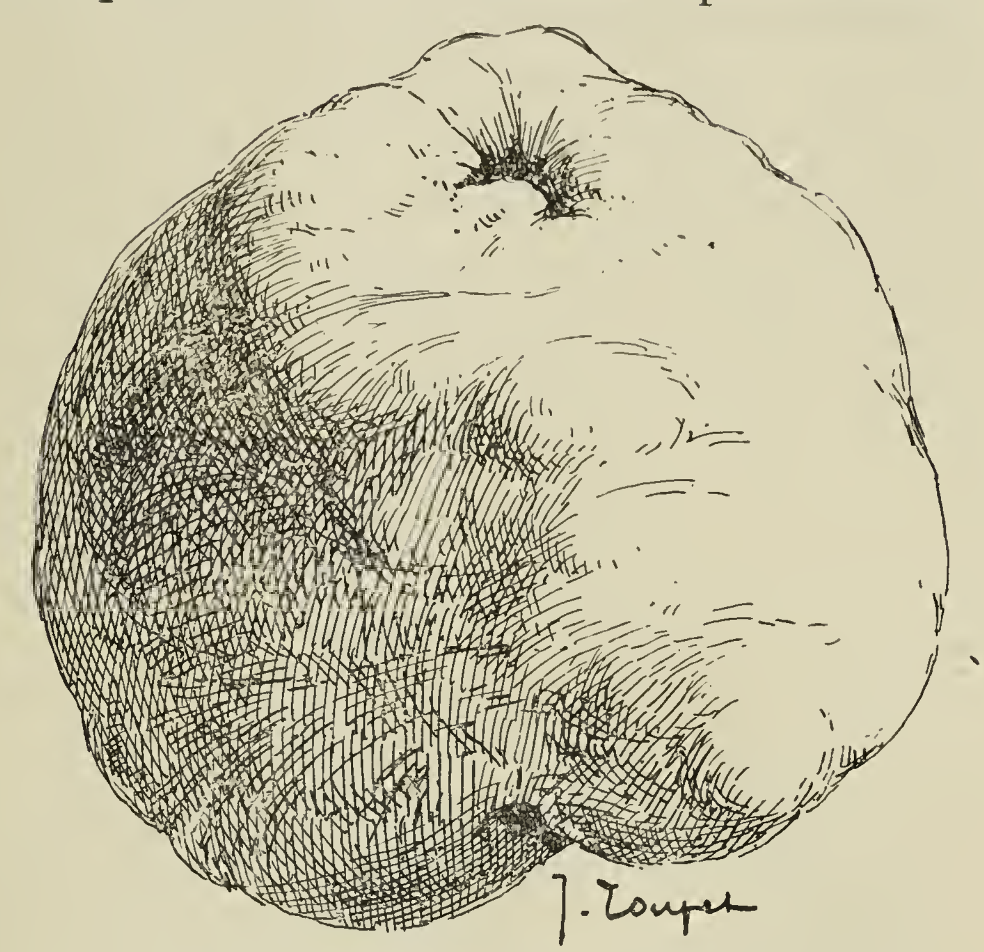


Fig. 3. — Hypertrophie des lobes latéraux sans hypertrophie du lobe médian. — Homme de 74 ans. — Prostate de 160 gr. — Diamètre vertical : 72 m/m. — Diamètre transversal : 65 m/m. — Rétention complète datant de 8 ans.



Fig. 4. — Hypertrophie prédominante des lobes latéraux — Homme de 59 ans. — Prostate de 65 gr. — Diamètre vertical : 66 m/m. — Diamètre transversal : 68 m/m. — Rétention de 150 gr.

L'augmentation des lobes dans le sens antéro-postérieur amène une

autre déformation de l'urètre prostatique bien connue maintenant. C'est un *allongement du diamètre antéro-postérieur du canal,* dont la coupe revêt ainsi une forme de lame de sabre. La muqueuse attirée par le tissu sous-jacent se trouve tapisser une paroi latérale tendue d'avant en arrière, le plus souvent presque plane, si bien que deux véritables murs latéraux viennent s'adosser à ce niveau en supprimant le diamètre transversal du canal. On a déduit de cet allongement du diamètre antéro-postérieur que l'urètre intra-prostatique était plus grand qu'à l'état normal et qu'il fallait aller chercher la cause des lésions vésicales secondaires ailleurs que dans la difficulté de passage de l'urine à ce niveau. C'est, à mon avis, mal interpréter les faits : l'urètre prostatique acquiert un plus grand diamètre antéro-postérieur, c'est très vrai; mais cela ne lui sert de rien ou de peu de chose puisque, grâce à la présence des lobes latéraux hypertrophiés, les parois ne peuvent pas s'écarter l'une de l'autre comme auparavant. Ce n'est pas parce qu'on peut introduire facilement son doigt dans l'urètre prostatique sur une pièce opératoire qu'il faut en conclure que l'urine avait chez le malade beaucoup plus de facilité à passer qu'à l'état normal. La vérité est exactement contraire ; comme dans les rétrécissements, l'urine a plus de peine à passer si

Fig. 5. — Hypertrophie prédominante des lobes latéraux. — Homme de 70 ans. — Prostate de 149 gr. — Diamètre vertical : 82 m/m. — Diamètre transversal : 75 m/m. — Distension sus-ombilicale avec rétention incomplète et attaques répétées de rétention complète.

l'anneau est large, mais étendu, que si l'anneau est plus étroit mais le moins de longueur.

G. 6 et 7. — Hypertrophie prédominante des lobes latéraux (vue de face et de profil). — Homme de 70 ans. — Prostate de 90 gr. — Diamètre vertical : 80 m/m. — Diamètre transversal : 58 m/m. — Rétention complète datant de 5 ans.





. 8 et 9. — Hypertrophie prédominante des lobes latéraux (vue de face et de profil). — Homme de 64 ans. — Prostate de 25 gr. — Diamètre vertical : 43 m/m. — Diamètre transversal : 35 m/m. — Rétention 80 à 100 gr.

2° *Hypertrophie du lobe médian.* — L'augmentation de volume du be médian peut se faire sous des formes différentes. Bien étudiées

depuis longtemps déjà, elles ont été décrites sous des noms caractéristiques : c'est la *luette vésicale* (Mercier), c'est le *croupion de poulet* (Guyon), c'est le *champignon*, le battant de cloche, expression éminemment impropre, car elle peut faire croire qu'il s'agit d'une portion mobile, capable de mouvements d'inclinaison autour de son pédicule, alors que réellement, il n'en est pas ainsi, comme je le dirai un peu plus loin. Ces saillies peuvent être absolument médianes ou un peu rejetées sur le côté où elles s'étendent largement, formant la *barre prostatique* de Mercier, ou la *prostate en éventail* de Guyon avec plicatures radiées plus ou moins profondes et plus ou moins nombreuses.

Ces différentes hypertrophies du lobe médian déterminent donc une saillie plus ou moins régulière, exactement médiane ou non, en arrière de laquelle il existe une dépression plus ou moins profonde, un *bas-fond* qui diminue sur les parties latérales et vient se perdre sur la partie antérieure du col ; on voit même de véritables *rigoles latérales* qui conduisent du cul-de-sac postérieur à l'entonnoir cervical.



Fig. 10. — Hypertrophie prédominante du lobe médian. — Homme de 59 ans. — Prostate de 35 gr. — Diamètre vertical : 48 m/m. — Diamètre transversal : 40 m/m. — Rétention de 75 gr.

Si, en même temps que l'hypertrophie du lobe médian, il existe une hypertrophie des lobes latéraux, qui se développent en hauteur, *le col est remonté en masse dans la cavité vésicale et se montre entouré d'une rigole sur tout son pourtour*, en arrière comme en avant où elle est toutefois moins développée. Il suit de là que la vessie ne peut pas se vider complètement, qu'il persiste au pourtour du col surélevé une certaine quantité de liquide comme il en resterait dans un litre qu'on voudrait vider par un orifice situé à la partie centrale de son fond. C'est dans ce cas que les petits calculs vésicaux ne peuvent absolument pas être éliminés au dehors, alors même que la vessie a gardé une bonne contractilité, et l'urètre un calibre suffisant.

En dehors des déformations vésicales, l'hypertrophie du lobe

médian détermine dans l'urètre deux ordres de déformations. D'une part, elle change l'aspect du *col* qui *s'ouvre irrégulièrement dans la vessie* et dont la coupe normalement circulaire se trouve aplatie en arc de cercle convexe en avant. D'autre part, elle augmente la courbure normale de la paroi postérieure du canal et arrive même souvent à constituer une véritable coudure résultant de la dépression en coin que surplombe le lobe médian. Cette *coudure anormale de l'urètre,* si importante pour expliquer les difficultés du cathétérisme chez les prostatiques, ne devient réellement gênante pour le passage de l'urine que s'il existe en même temps une diminution de la dilatabilité latérale par hypertrophie des lobes latéraux.



Fig. 11. — Hypertrophie prédominante du lobe médian. — Homme de 68 ans. — Prostate de 149 gr. — Diamètre vertical : 95 m/m. — Diamètre transversal : 60 m/m. Rétention de 45 gr.

Il nous est permis maintenant de rechercher *de quelle manière peut agir le développement du lobe médian* dans la pathogénie de la rétention vésicale.

a) J'ai dit plus haut comment il existe déjà de la rétention par le fait de la surélévation du col en cas de développement simultané du lobe médian et des lobes latéraux ; j'ai montré le rôle de la gouttière circulaire péri-cervicale et du bas-fond.

b) On a décrit une véritable oblitération du col par le lobe médian qui, mobile autour de son pédicule, viendrait boucher l'orifice comme un bouchon oblitère un goulot de bouteille. Pour qu'un tel mécanisme fût possible, il faudrait que le lobe médian fût régulièrement mobile et possédât une implantation singulièrement déliée. Par ail-

leurs, je n'en ai jamais vu d'exemple et si tout peut se rencontrer en pathologie, du moins ne faut-il pas compter sur des exceptions de ce genre pour expliquer des phénomènes dont la fréquence est si grande.

c) Une autre explication a été reprise il y a peu de temps par Cathelin. Pour lui, ce serait la paroi antérieure de la vessie qui viendrait au moment de la contraction de l'organe s'appliquer sur la face antérieure du lobe médian, obturant ainsi complètement le passage de l'urine. Pour cette théorie, je ne partage pas l'enthousiasme de son auteur, car il faudrait admettre que la paroi vésicale s'appliquât absolument et restât énergiquement appliquée contre la face antérieure du lobe médian. Les faits démontrent le contraire. Il suffit de voir en cas d'une hypertrophie du lobe médian les deux rigoles qui descendent sur les côtés de ce lobe et qui vont jusque vers le col pour se convaincre que l'urine a toute facilité pour s'échapper par là, alors même que la paroi vésicale viendrait s'appliquer sur le lobe en avant. De même, sur un lobe médian en éventail, il reste les plicatures verticales radiées que j'ai décrites précédemment et qui joueraient le même rôle que les rigoles latérales pour aider au passage de l'urine. D'ailleurs, dans tous les cas, il faudrait admettre une contraction vésicale persistante, un véritable spasme pour maintenir l'obturation du col et la rétention. Cette explication nous ramène donc à celle du spasme et de la contracture, abandonnée maintenant à juste titre, en dehors d'un état inflammatoire ou congestif concomitant. Jamais en effet on n'a pu constater ou expérimentalement, ou cliniquement la contracture en question. Dans le cathétérisme chez les prostatiques, l'obstacle siège dans le lobe médian contre lequel bute la sonde ; il n'est pas au niveau du col qui serait plus ou moins serré contre le lobe médian. La vérité est tout autre : dans les crises de rétention aiguë, c'est la congestion qui fait tout, comme il est aisé de s'en convaincre, et comme je vais l'expliquer maintenant ; dans la rétention chronique, un autre élément s'ajoute : l'influence vésicale ; je le démontrerai pour terminer.

Mais auparavant, je tiens à faire remarquer que *le rôle du lobe médian dans la pathogénie de l'hypertrophie de la prostate a été quelque peu exagéré*. S'il avait la valeur réelle qu'on a voulu lui attribuer, son ablation aurait donné et donnerait encore des résultats

inespérés et impossibles à obtenir avec les autres méthodes de traitement.

On a sectionné ce lobe médian, on en a fait l'ablation, des travaux multiples ont été publiés pour démontrer que ce genre d'opérations donnait le plus souvent des résultats excellents. Or, il est facile de constater que les chirurgiens qui ont publié ces résultats remarquables et qui ont fait faire des travaux pour démontrer la valeur de ces opérations font actuellement la prostatectomie sus-pubienne complète avec ablation totale des lobes latéraux. C'est là, à mon sens, une preuve nouvelle de l'importance de l'hypertrophie des lobes latéraux *par rapport à celle du lobe médian.* Il m'est donc permis de conclure à l'*importance prédominante de ces lobes latéraux.* C'est là un point sur lequel il n'était peut-être pas inutile d'insister.

II. — Congestion de la région prostatique.

Les modifications apportées par la congestion dans la région prostatique ont été bien étudiées par le professeur Guyon et ses élèves, en particulier par Tuffier. En fait, quand on examine ce que devient le système veineux dans l'hypertrophie de la prostate, on constate un développement notable des vaisseaux, aussi bien autour de la glande que dans l'épaisseur de la muqueuse urétrale et de la prostate elle-même. Pour peu que, sous une influence quelconque, la congestion s'accentue plus ou moins brusquement, elle atteint donc d'emblée toutes les parties extra et intra-glandulaires. Le volume de la prostate peut augmenter beaucoup de ce fait, du tiers au moins. Il y a quelque quinze ans déjà; j'ai publié dans les *Annales génito-urinaires* plusieurs cas de diminution de la prostate par la sonde à demeure et le cathétérisme régulier. Comment cette diminution peut-elle se faire, sinon par la décongestion de la région ?

La congestion peut donc augmenter le volume de la glande aussi bien que l'épaisseur de la muqueuse urétrale. — Les lobes latéraux, qui sont mal à l'aise dans une loge devenue trop étroite, se montrent d'autant plus résistants ; ils s'écartent plus difficilement au passage de l'urine lors de la miction; le lobe médian se gonfle également, la coudure de la paroi postérieure s'accentue, la muqueuse turgescente obstrue les rigoles laissées libres pour le passage de l'urine, et fina-

lement la rétention devient absolue, ou plus ou moins difficile à vaincre selon le degré des lésions.

Il ne s'agit pas là de vues théoriques. De tous ces faits, on a des preuves multiples. Au cystoscope, on a vu, et j'en ai constaté moi-même plusieurs cas, la muqueuse saigner ; au cours de cystostomies sus-pubiennes, Adler, Desnos et d'autres ont fait les mêmes constatations ; les hémorragies intra-prostatiques sont connues, et Motz a insisté dernièrement encore sur cette question. Les suintements en masse de toute la muqueuse recouvrant la prostate ont été constatés directement ; j'en ai vu personnellement, comme en ont vu tous ceux qui ont fait des prostatectomies sus-pubiennes. Pourquoi donc faudrait-il, pour expliquer les crises de rétention vésicale, invoquer le spasme vésical, la contracture musculaire, dont on n'a pas la démonstration, alors qu'on possède des preuves certaines de la réalité d'un autre mécanisme singulièrement plus capable de tout expliquer ?

La congestion peut aider à la constitution de la rétention en augmentant l'obstacle mécanique au cours de l'urine, tout comme les hémorragies prostatiques peuvent diminuer le volume de la glande et l'épaisseur de la muqueuse urétrale pour permettre momentanément la miction.

III. — Diminution de la force d'expulsion de la vessie.

Quand on étudie les lésions de la paroi vésicale au cours de l'hypertrophie de la prostate, on constate au début, alors que l'augmentation de volume des lobes prostatiques augmente la résistance du canal, que la vessie cherche à établir un nouvel équilibre pour la miction. La musculature vésicale se développe, et cela correspond bien à l'augmentation de la contractilité vésicale, comme le prouvent les recherches du professeur Guyon et de notre collègue Genouville.

Plus tard seulement, par suite de la permanence et du développement de l'obstacle urétral, les faisceaux musculaires des couches vésicales se dissocient et la contractilité vésicale diminue ; la vessie forcée, devient incapable de faire le nécessaire pour assurer la miction. Bref, *la diminution de la force d'expulsion vésicale est, non pas primitive, mais secondaire aux lésions prostatiques* ; le muscle vési-

cal a été menacé, puis atteint par l'âge et par l'effort mécanique de la rétention, comme l'a dit notre maître Guyon.

Dans d'autres circonstances, on assiste aux mêmes transformations du côté de la vessie, et cependant la prostate est restée petite, car *le degré de la rétention n'est pas en rapport avec le degré de l'hypertrophie.*

Il faut examiner si malgré son petit volume, cette prostate n'est pas en réalité capable, du fait de sa constitution, d'opposer au passage de l'urine un véritable obstacle. C'est ainsi, comme l'a dit si justement Noguès, qu'il existe de petites prostates sclérosées, dures, de prostatites chroniques, dont la paroi rigide constitue sur les côtés de l'urètre quelque chose d'analogue au point de vue physiologique à ce que j'ai décrit plus haut au cours de l'hypertrophie des lobes latéraux. *La question de la résistance du tissu prostatique et de sa densité a une importance capitale.* La preuve peut d'ailleurs en être donnée par ce qu'on trouve en cas d'hypertrophie nette ; c'est ainsi que j'ai enlevé une prostate de 160 grammes (fig. 3) dont les dimensions étaient nettement inférieures à celles d'autres prostates de même poids ; par contre, la rétention se montrait plus forte que pour une prostate de même volume et de poids moindre.

Il existe toutefois d'autres observations où on rencontre « toutes les modifications anatomiques et fonctionnelles que subissent sous l'influence de l'âge les diverses parties de l'appareil urinaire » (Guyon), l'évolution des phénomènes primitifs et secondaires est exactement la même que chez les véritables prostatiques, la rétention existe, mais l'augmentation de volume de la glande restée souple fait totalement défaut : ce sont les cas que Guyon a classés sous le nom de prostatisme vésical. Ici, on est bien obligé d'admettre une action plus nette de la vessie, une *insuffisance primitive et indépendante,* comme l'a dit Ciechanowski, quoique, à la vérité, cette action vésicale ne soit peut-être pas la seule à envisager, puisque la prostatectomie de ces petites prostates non hypertrophiées est capable d'amener la guérison de tous les symptômes, tout comme dans les cas où on a enlevé une glande plus volumineuse. Notre collègue Bonneau vient de nous en rapporter un bel exemple, et j'en ai moi-même opéré deux cas, en 1907 et en 1908, avec succès.

Si on admet ce rôle de la vessie en présence d'une prostate peu

développée, il paraît également raisonnable d'accepter, au moins en partie, le même rôle de la vessie, pour les cas où il existe des augmentations réelles de la prostate ; car ce n'est pas parce que la prostate est plus grosse que la vessie ne peut pas présenter les mêmes lésions ou les mêmes troubles physiologiques. *Il convient donc d'ajouter au rôle de l'obstacle mécanique prostatique et de la congestion un trouble vésical spécial.* Comment faut-il l'entendre ?

L'affaiblissement de la contractilité vésicale, mis en évidence et mesuré par la manométrie, semble temporaire et très capable ordinairement d'amélioration ou de disparition complète ; la preuve en est qu'après la prostatectomie, il est de règle de voir la vessie se vider à nouveau complètement et de façon durable. De là, on doit tirer la conclusion qu'il ne s'agit pas d'une lésion permanente, de cause centrale cérébro-médullaire, ni d'une dégénérescence locale rappelant plus ou moins la dégénérescence granulo-graisseuse qu'on constate chez les anciens infectés vésicaux. *Il s'agit d'une action réflexe, inhibitrice*, causée probablement par la prostate hypertrophiée elle-même ; sur sa nature et sa valeur, des travaux ultérieurs nous fixeront sans doute, mais, pour l'instant, nous sommes réduits à des hypothèses. Cette action inhibitrice a déjà été étudiée en particulier par Bazy, Albarran et Noguès. *Et voilà pourquoi je disais au début de ce travail que la pathogénie de la rétention vésicale en cas d'obstacle mécanique n'est pas simple et n'est pas due seulement à l'hypertrophie ou à la congestion qui l'accompagne.*

Conclusions

Au cours de l'hypertrophie de la prostate, l'équilibre des forces qui règlent la miction normale se trouve détruit.

Cet équilibre est détruit sous l'influence de plusieurs ordres de causes :

1° Les *causes mécaniques qui dépendent directement de l'augmentation de volume des lobes;* les lobes latéraux amenant l'allongement de l'urètre, son aplatissement latéral et surtout une diminution d'élasticité de ses parois, tandis que le lobe médian provoque des déformations du col, une coudure du canal et, avec l'augmentation de

volume des lobes latéraux, le soulèvement en masse du col dans la vessie.

Le rôle du lobe médian semble avoir été quelque peu exagéré et l'importance des lobes latéraux reste prédominante, comme le montrent les pièces opératoires que j'ai fait dessiner.

2° La *congestion prostatique*, qui s'ajoute à l'hypertrophie pour expliquer facilement en particulier les crises de rétention aiguë.

3° La *diminution de la puissance du muscle vésical*, secondaire aux lésions prostatiques. *Une action réflexe inhibitrice est certaine*, comme le prouve le retour intégral de la fonction après la prostatectomie chez les rétentionnistes anciens, perpétuels tributaires de la sonde.

Ces considérations sont importantes dans la pratique, car elles démontrent la *nécessité de la prostatectomie sus-pubienne complète, totale*, par opposition à toutes les opérations incomplètes dont la valeur réelle n'est que secondaire.

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN

Le *PARIS CHIRURGICAL* paraît le 25 de chaque mois et contient :

DES ARTICLES ORIGINAUX illustrés de dessins, photographies et planches hors texte.

LE COMPTE RENDU in extenso des Séances de la **Société des Chirurgiens de Paris.**

Les Comptes Rendus des Sociétés savantes et des Congrès (partie intéressant les Chirurgiens).

L'Analyse des Articles de Chirurgie des principaux périodiques médicaux.

L'Analyse des Thèses et des Livres.

PRIX DE L'ABONNEMENT

(10 Numéros)

Paris et Départements	**15 francs**
Étranger	**18 »**

Le numéro : 2 francs

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN